



Nº Procedimiento
120050

Código SIACI
SKKN

ANEXO I

SOLICITUD DE TARJETA PARA LA ATENCIÓN SANITARIA EN EL SESCAM

DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE (si es representante o tutor deberá acreditarse legalmente)

NIF ☐	NIE ☐	PASAPORTE ☐	Nº documento:	
País de origen:			Nombre:	
1º Apellido:			2º Apellido:	
En calidad de:		Solicitante ☐	Representante ☐	Tutor ☐
Domicilio en Castilla-La Mancha:				
Provincia:		C.P.		Población:
Fax:		Correo electrónico:		

Si existe representante, las comunicaciones que deriven de esta solicitud se realizarán con el representante designado por el interesado.

DATOS DE LA PERSONA INTERESADA

Sólo rellenar en caso de no coincidir con el solicitante

NIF ☐	NIE ☐	PASAPORTE ☐	Número de documento:	
País de origen:			Nombre:	
1º Apellido:			2º Apellido:	

MOTIVO DE LA SOLICITUD

De conformidad con lo dispuesto en los artículos 4 y 5 de la Orden de 9 de febrero de 2016 de la Consejería de Sanidad, sobre acceso universal a la atención sanitaria en la Comunidad Autónoma de Castilla-La Mancha, SOLICITO:

- ☐ La expedición de la Tarjeta para la Atención Sanitaria en el SESCAM.
☐ La renovación de la Tarjeta para la Atención Sanitaria en el SESCAM.

**De conformidad con lo dispuesto en el artículo 7.3 de la Orden de 9 de febrero de 2016, en caso de modificación de las circunstancias personales y de residencia que puedan suponer la extinción de la prestación de asistencia sanitaria por incumplimiento de los requisitos establecidos en el art. 2.1 de dicha Orden, deberán comunicarse estas circunstancias en el plazo de un mes desde el momento en que se produzca dicha modificación y de acuerdo con el modelo que figura en el Anexo II de la mencionada Orden.*

En cumplimiento de lo establecido en la legislación vigente de Protección de Datos de Carácter Personal, el SESCAM le informa que sus datos personales van a ser incorporados a un fichero denominado "gestión sanitaria" cuyo responsable es el Director Gerente del SESCAM, con la finalidad de gestión de prestaciones y servicios sanitarios.

Las cesiones de datos que se produzcan son las autorizadas en la legislación aplicable. La negativa a facilitar los datos puede suponer la imposibilidad de mantener cualquier tipo de relación con usted.

Asimismo, se le informa que puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, dirigiendo un escrito al titular de la Dirección-Gerencia del SESCAM, Avenida Río Guadiana nº 4, CP 45071 de Toledo, o bien telemáticamente en el siguiente enlace:
<https://www.jccm.es/sede/ventanilla/electronica/JSX>

Para cualquier consulta y/o comentario se puede dirigir a la dirección de correo electrónico datospersonales@sescam.jccm.es

**ACREDITACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS****Declaración responsable:**

1. Declaro que no procede la exportación del derecho a la prestación de asistencia sanitaria, desde mi país de origen o procedencia.
2. Declaro no tener reconocida la condición de asegurado o beneficiario por cualquier Administración Pública y que carezco de cualquier tipo de protección sanitaria pública, así como de recursos económicos suficientes.
3. Declaro que son ciertos los datos reflejados en esta solicitud y los documentos aportados, y conozco que la inexactitud, falsedad u omisión en cualquier dato o documento puede producir los efectos previstos en el artículo 71 bis punto 4 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común.

Documentación a adjuntar:

- Documento acreditativo de la identidad de la persona solicitante.
- Certificado de empadronamiento en algún municipio de Castilla-La Mancha.
- Otra documentación.

Autorizo al Servicio de Salud de Castilla-La Mancha a realizar las comprobaciones que se estimen convenientes para verificar la certeza de cualquier extremo contenido en esta solicitud.

En

a

de

de

Firma del solicitante

AL TITULAR DE LA GERENCIA